



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultad de Ciencias de la Salud

EMBARAZO ADOLESCENTE

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS

Trabajo de Fin de Grado

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso 2018-2019

AUTOR/A: YOLANDA BUADES SIRVENT

TUTOR: MARIA LORETO MACIA SOLER

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi tutora, Maria Loreto Macia Soler por ayudarme durante todo el proceso de elaboración del trabajo, siendo mi mejor guía y resolviendo todas mis dudas en cualquier momento. Sus palabras de apoyo para esforzarme y seguir adelante me han ayudado mucho en la distancia.

Por otro lado, agradecer la ayuda de la enfermera matrona Teresa M^a Martínez Mollá en este trabajo. Sus conocimientos sobre el tema han sido clave para su elaboración. Ha sido mi tutora en uno de los periodos *Practicum* de la carrera, gracias a ella, a su forma de trabajar y a su gran aprecio a la profesión de enfermería, he podido reconocer mi vocación y con ello tener claros mis planes de futuro.

Del mismo modo quisiera hacer mención a todos los profesores y tutores que he tenido durante estos cuatro años de formación. Me llevo un pedazo de sus enseñanzas de cada uno de ellos.

Finalmente agradecer el apoyo que he recibido por parte de mi familia y amigos. Con ellos todo ha sido más fácil y las experiencias vividas no las olvidaré.

GRACIAS

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. ABSTRACT.....	5
3. INTRODUCCIÓN	6
3.1. Definición y demografía	6
3.2. Anatomía y fisiología del embarazo	10
4. OBJETIVOS.....	14
5. METODOLOGÍA	14
5.1. Criterios de inclusión	14
5.2. Fuentes	14
5.3. Estrategia de búsqueda.....	14
6. RESULTADOS	15
6.1. Artículos seleccionados	15
6.2. Plan de Cuidados	16
6.2.1. Presentación del caso	15
6.2.2. Desarrollo plan de cuidados	17
6.2.2.1 Primer trimestre	17
6.2.2.2. Segundo trimestre	23
6.2.2.3. Tercer trimestre	25
6.2.2.4. Alumbramiento y puerperio	26
6.2.2.5. Talleres de educación maternal	29
7. DISCUSIÓN.....	30
8. CONCLUSIÓN	31
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. RESUMEN

Se propone un Plan de Cuidados de enfermería para el control de la gestación de un embarazo adolescente en la consulta de la matrona de un Centro de Salud de Atención Primaria. Se trata de un caso clínico basado en un caso real, al que se tuvo acceso durante el periodo del *Prácticum III* y del que se ha preservado todo el anonimato.

La estructura del Plan de Cuidados se realiza en función del número de visitas planificadas de la gestante a la consulta de la matrona de su Centro de Atención Primaria. Todas ellas están divididas a su vez dentro de los tres trimestres de gestación. Las etapas de parto y puerperio también están incluidas, ya que los cuidados a la madre y al niño son una labor fundamental de enfermería.

Para las valoraciones de enfermería se utilizan escalas de valoración específicas para la paciente y el modelo de las Necesidades de Maslow, adaptado por Virginia Henderson al ámbito de la enfermería. Posteriormente se realizan los diagnósticos de enfermería junto con sus objetivos y actividades.

Del mismo modo se establecen cuidados y prescripciones de enfermería durante todo su desarrollo.

Para la realización del plan de cuidados y la estructuración de las consultas en Atención Primaria, se han utilizado las guías consultadas en la Biblioteca de Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud y el libro de control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana. Además, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la literatura reciente.

Palabras clave:

Embarazo adolescente; Cuidados; Cuidados de enfermería

2. ABSTRACT

A nursing Care Plan is proposed to control the gestation of a teen pregnancy in the Midwife's consultation of a primary care health center. It is a clinical case based on a real one accessed during the period of *Practicum III* of whom it was preserved the anonymity.

The structure of the Care Plan is based on the number of visits of the pregnant woman to her primary care center. All of them are divided according to the three trimesters of gestation. The stages of childbirth and puerperium are also included, due to the fact that the care of the mother and the child are fundamental work of nursing.

For nursing evaluation, evaluation charts specific to each patient as well as the model of the Maslow Needs, adapted by Virginia Henderson to the nursing sector. The nursing diagnoses are then carried out along with their objectives and activities.

In the same way, nursing care and prescriptions are established throughout their development.

For the implementation of the care plan and the structuring of the consultations in primary care, guides consulted in the Library of clinical Practice guides of the national Health System and the book of Basic Pregnancy control in Valencia's Community have been used. In addition, an exhaustive systematic research was made in the recent literature.

Key words:

Teen pregnancy; Care; Nursing care.

3. INTRODUCCIÓN

Desde la década de 1980, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres menores de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas ¹. Esta relación de conceptos sigue vigente en nuestro siglo.

Las gestaciones en edades tempranas son actualmente un problema potencial. Es esencial tener en cuenta el propio contexto de la persona y la familia, existen diversas culturas en todo el mundo; en algunas un embarazo adolescente supone un orgullo y en otras un gran problema, llegando incluso al rechazo familiar y exclusión.

La noticia de un embarazo adolescente crea una alteración familiar, económica y social. Un nuevo miembro en la familia obliga a un cambio de roles, cuya adaptación no es fácil y requiere de un gran tiempo y esfuerzo.

Un embarazo adolescente necesita de unos cuidados e intervenciones específicos. No se puede tratar a una gestante entre los 10 y 19 años como se trata a una de 25. Se debe comprender que un embarazo en la adolescencia tiene un mayor riesgo, ya no solo físico, también emocional, ya que se producen una serie de cambios físicos y psicológicos, que ayudan a definir nuestra propia identidad, lo cual es esencial para el desarrollo de la propia personalidad. Por ello es necesario un gran apoyo sanitario, tanto para la gestante como para su familia.

El embarazo adolescente resulta un tema muy interesante a tratar por sus características propias en el entorno social y sanitario. El papel de enfermería en estos casos es de vital importancia para el desarrollo y control del embarazo en todos sus aspectos.

3.1. Definición y demografía

El embarazo adolescente es aquel que ocurre entre el inicio de la edad fértil de la mujer y el final de la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años ². Por lo tanto, entenderemos embarazo adolescente como aquel que tiene lugar entre los 10 y 19 años de edad.

En los últimos años a nivel mundial se ha producido un aumento y una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, lo que provoca un mayor número de incidencia en embarazos adolescentes ⁶. En algunos entornos, por su frecuencia, es considerado un problema social y de salud pública, que a su vez presenta un elevado número de complicaciones que afectan a la salud de la madre y del hijo.

En la madre se presentan alteraciones como hipertensión de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones en el parto como consecuencia de desproporción cefálica, deserción escolar, alteraciones en procesos familiares y en el desempeño de rol materno. Mientras que, en el hijo, en el embarazo adolescente se observa un aumento la morbilidad, relacionada directamente con el bajo peso al nacer y prematuridad. La mortalidad materna entre los 15 y 19 años de edad en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna entre los 20 y 34 años.⁷

Según la OMS aproximadamente un 11% de todos los nacimientos que se producen a nivel mundial ocurren entre jóvenes de 15 y 19 años. La gran mayoría de estos (95%) se dan lugar en países de ingresos bajos y medios; cada año dan a luz 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años, y 1 millón de niñas menores de 15 años.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2014, la tasa media de natalidad mundial en adolescentes de entre 15 y 19 años, es de 49 por 1000 jóvenes. En relación a los datos nacionales, oscilan de 1 a 299 casos de nacimiento por cada 1000 gestantes adolescentes. Los embarazos son más probables en zonas con pobreza, poco instruidas y rurales. Las cifras más altas se encuentran en el África Subsahariana.³

Un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), revela que América Latina y el Caribe ocupan la segunda tasa más alta de gestaciones adolescentes a nivel mundial, siendo de 66.5 nacimientos por cada 1000 niñas de entre 15 y 19 años. América Central destaca por Guatemala, Nicaragua y Panamá, mientras que, en el Caribe, sobresalen República Dominicana y Guyana.⁴

Por otra parte, Canadá y Estados Unidos se encuentran por debajo del promedio mundial. EEUU registró unos niveles de fecundidad en adolescentes inferiores a cifras

anteriores, con un descenso del 8% entre 2014 y 2015, hasta un mínimo histórico de 22,3 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años.

A nivel de europeo se cuenta con datos obtenidos por el Banco Mundial en los años 2015, 2016 y 2017 de la tasa de fertilidad en adolescentes en la UE: ⁵

- Año 2015: 10,88 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, un porcentaje de 1,088% nacimientos.
- Año 2016: 10,50 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, un porcentaje de 1,050% nacimientos.
- Año 2017: 10,12 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, un porcentaje de 1,012% nacimientos.

Se puede observar que en los últimos años se ha producido una disminución en Europa del número de gestaciones adolescentes.

Mostrando unos resultados más específicos, encontramos que los cuatro países de la UE con los resultados más altos son: Bulgaria con una media de 41 nacimientos por cada 1000, Rumanía cuya media es de 33 nacimientos por cada 1000, seguido de Eslovenia con 22 nacimientos cada 1000 y finalmente Hungría con 20 nacimientos por cada 1000.

Del mismo modo, los 4 países con cifras más bajas son los Países Bajos, Dinamarca, Eslovenia y Chipre, cuya media es de 4/ 4,2/ 4,3 y 4,6 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad respectivamente.

Desde un punto de vista nacional, España se encuentra representada por un valor medio de 8.68 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años dentro de la UE en 2015, 2016 y 2017. Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el primer semestre de 2018 en España, se han producido un total de 179.794 embarazos, de los cuales 3.483 han ocurrido en adolescentes:

Tabla nº1: Nacimientos en España el primer semestre de 2018 según edad de la madre.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
De 15 años y menos	43	26	26	35	33	20	183
De 16 años	62	51	53	65	57	44	332
De 17 años	99	89	103	98	115	97	601
De 18 años	168	159	171	188	170	173	1.029
De 19 años	224	220	211	216	238	229	1.338

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Available at: <https://www.ine.es/>. ⁸

Como podemos observar en la tabla el número de gestaciones es directamente proporcional a la edad; a mayor edad mayor número. De tal forma que el mayor número de embarazos adolescentes tiene lugar a los 19 años con 1.338 casos, lo que supone un 38,42% del total. Mientras que con una cifra de 183 casos encontramos los embarazos presentes en edades de 15 años o inferiores, con una representación del 5,25% del total.

Si relacionamos la cifra de gestaciones adolescentes con las gestaciones totales, los embarazos adolescentes suponen un 1.94% del total. Estos son los datos recopilados de embarazos adolescentes en España en los últimos 3 años:

Tabla nº2: Nacimientos en España según edad de la madre en: 2015, 2016 y 2017.

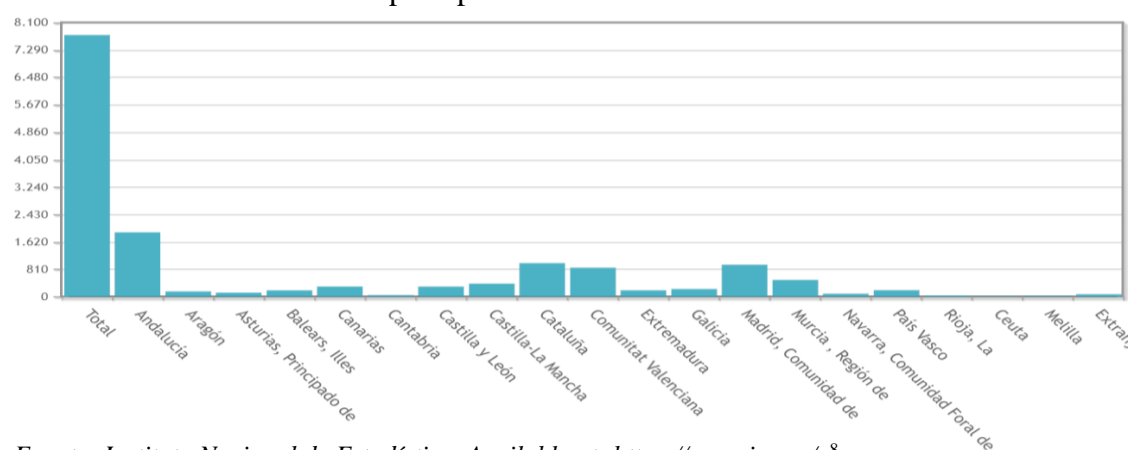
	2015	2016	2017
Menos de 15 años	98	111	114
De 15 años	392	343	289
De 16 años	809	818	761
De 17 años	1.502	1.408	1.423
De 18 años	2.243	2.208	2.132
De 19 años	3.261	3.152	3.120
TOTAL	8.305	8.040	7.839

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Available at: <https://www.ine.es/>.⁸

En el año 2017 se puede observar que el número de gestaciones es menor, pero por el contrario aparece un aumento en la cantidad de menores de 15 años en gestación. Al igual que en el primer semestre de 2018 comentado anteriormente, la relación embarazo-edad sigue siendo directamente proporcional, el mayor número de embarazos se produce a los 19 años.

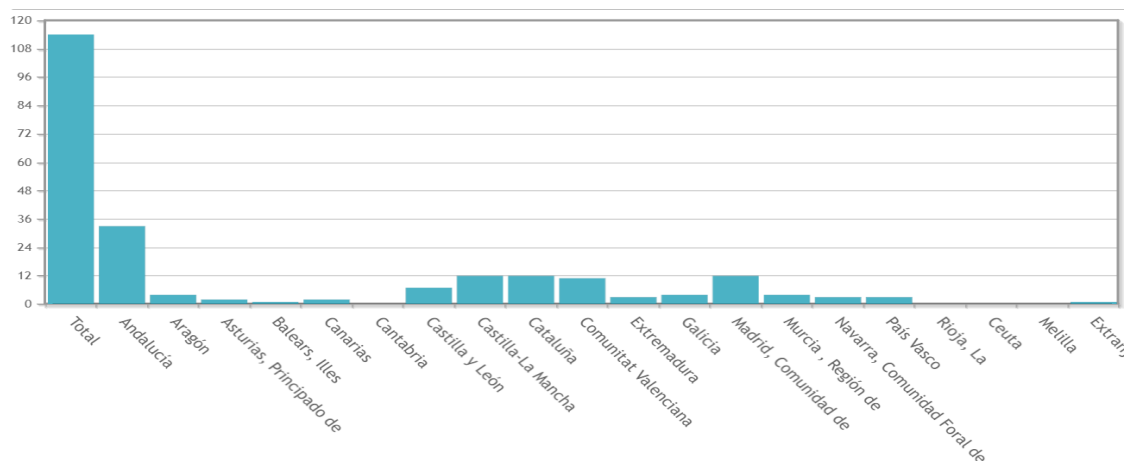
Por otra parte, contamos con los datos obtenidos en el año 2017 en relación al registro de gestaciones adolescentes por Comunidades Autónomas, divididas a su vez en dos tablas:

Tabla nº3: Nacimientos en España por Comunidades Autónomas en menores de 15 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Available at: <https://www.ine.es/>.⁸

Tabla nº4: Nacimientos en España por Comunidades Autónomas entre los 15 y 19 años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Available at: <https://www.ine.es/>.⁸

Como podemos observar en ambos gráficos, las comunidades con mayor incidencia de embarazos adolescentes (<15 y entre 15-19 años) son Andalucía ocupando el primer lugar, seguida de Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana. A sí mismo, las comunidades con un menor número o prácticamente inexistente son La Rioja, Ceuta, Melilla y Cantabria.

Es importante tener en cuenta que no existe una única percepción del embarazo adolescente, el mundo está compuesto de diversas culturas, cada una con sus ideales y valores propios. Podemos encontrar zonas del mundo en las que el embarazo adolescente se respete puesto que forma parte de la propia cultura, casos en los que la propia adolescente planee y desee el embarazo, y casos en los que las familias obliguen a sus hijas a casarse a una edad temprana para poder tener hijos.

Es por ello que al tratar casos de gestantes adolescentes es esencial centrarse en la persona y su contexto social.

3.2. Anatomía y fisiología del embarazo

Se conoce como gestación al proceso único por el cual crece y se desarrolla el feto en el interior del útero materno. Según la OMS la gestación se inicia cuando termina la implantación, lo que ocurre entre el día 12-14 de la fecundación.

El tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto será de 40 semanas o 280 días desde el primer día de la FUR (fecha de la última regla).

Durante el embarazo la gestante sufre unas alteraciones en su organismo destinadas a lidiar con las necesidades de hemostasia y crecimiento fetal, siendo de gran importancia del bienestar materno.

La mujer cuenta con sistemas adaptativos propios que le permiten proporcionar la energía y los sustratos de crecimiento que el feto necesita, eliminando sus residuos y el exceso de calor.

En la gestación la fisiología del cuerpo humano sufre un gran cambio, de tal forma que los sistemas del organismo alteran sus funciones para poder adaptarse a esta nueva situación.

- Sistema cardiovascular

- El volumen plasmático presenta una elevación en la sexta semana de gestación, manteniéndose en una base del 50% por encima de los niveles no gestacionales entre las 32 y 34 semanas.⁹
- A pesar del aumento de la eritropoyesis, las concentraciones de hemoglobina, eritrocitos y hematocrito, disminuyen ligeramente durante la gestación normal, en consecuencia, disminuye la viscosidad de la sangre.¹
- El débito cardíaco aumenta durante la gestación, llegando a ser un 40% más alto que en los niveles no gestacionales entre las 20 y 24 semanas.⁹
- La frecuencia cardíaca en reposos aumenta unos 10/15 latidos/minuto.¹
- La presión arterial de la gestante se ve influenciada por la postura que presente; la presión arterial en la arteria humeral será más alta cuando la mujer está sentada y más baja cuando yace en decúbito lateral, siendo intermedia en posición supina. De forma general, la tensión sistólica disminuye durante la gestación, pero no tanto como la diastólica, que lo hace de una forma acentuada, iniciándose en el primer trimestre, llegando al valor más bajo a mitad de la gestación y volviendo a los niveles normales no gestacionales al final de la misma.⁹

- Sistema respiratorio

Las principales modificaciones respiratorias en la gestación se deben a tres factores; el crecimiento uterino, el aumento total del consumo de oxígeno por el organismo y los efectos estimulantes de la progesterona sobre la respiración.

- El diafragma se eleva 4 cm durante la gestación, la circunferencia torácica aumenta unos 6 cm, pero es insuficiente para evitar una reducción del volumen residual en los pulmones secundaria a la elevación del diafragma. ¹
- Se produce un aumento del volumen de la ventilación pulmonar debido al aumento de la excursión diafragmática.
- El consumo total de oxígeno en el cuerpo aumenta aproximadamente entre el 15-20%. Cerca de la mitad se debe al útero y su contenido. El restante resulta del aumento del trabajo renal y cardiaco de la gestante, debiéndose una pequeña parte al trabajo de los músculos respiratorios y mamas. El aumento del consumo de oxígeno es acompañado por respuestas cardiorrespiratorias que facilitan la liberación del mismo. ⁹
- El volumen de oxígeno obtenido mediante la ventilación pulmonar excede la demanda de oxígeno impuesta por la gestación. Se produce un incremento del volumen de la hemoglobina circulante y a su vez de la capacidad transportadora de oxígeno total. La diferencia de oxígeno arteriovenoso materno está disminuida. ¹
- Disminuye Pco₂ arterial. Esto quiere decir que los valores bajos de Pco₂ son propios de la gestación, pudiendo provocar situaciones de hiperventilación, asociadas a alcalosis respiratorias. ⁹

○ Sistema excretor

- El aparato urinario sufre una dilatación durante la gestación, la cual es mayor en el lado derecho, iniciándose en el primer trimestre, siendo observada en un 90% de las gestantes a término y persistiendo hasta la 12 o 16 semana postparto (la progesterona parece producir la relajación de los músculos lisos de los diversos órganos, inclusive los uréteres). ⁹
- El volumen extracelular materno, como sus componentes intravasculares e intersticiales aumentan, generando así un estado fisiológico de hipovolemia extracelular. ¹
- La filtración aumenta desde el inicio de la gestación, llegando a ser un 40% más alto a mitad de la gestación con respecto a niveles no gestacionales. ⁹

- Sustratos energéticos

- Glucosa

Durante la gestación se produce un aumento en la respuesta de la insulina a las estimulaciones de glucosa. Desde la semana 10 hasta su fin se elevan las concentraciones de insulina y se reducen las de glucosa en ayuno. Hasta la mitad de la gestación estas alteraciones están acompañadas por el aumento de la tolerancia a la glucosa endovenosa. Aumenta la síntesis de glucógeno y su almacenamiento hepático, siendo inhibida la glucogénesis. De este modo durante la primera mitad de la gestación son potenciadas las acciones anabólicas de la insulina.

Después de los primeros meses de gestación, se eleva la resistencia a la insulina, reduciéndose por tanto la tolerancia a la glucosa. Se produce una reducción en la disminución de la glucosa sérica para determinada dosis de insulina en comparación al inicio de la gestación. Existe una elevación prolongada de la glucosa circulante después de las comidas. ⁹

- Lípidos

Los efectos anabólicos potenciados de la insulina que caracterizan el inicio de la gestación provocan una inhibición de la lipólisis. Sin embargo en la segunda mitad de la gestación se produce un aumento de la lipólisis y de la concentración plasmática de ácidos grasos libres. Esto se debe a la elevación de la hPL (lactógeno de la placenta humana).

En el medio humoral de la segunda mitad de la gestación, el aumento de los ácidos grasos libres da lugar a la formación de cuerpos cetónicos. De este modo, la gestación está asociada a un mayor riesgo de cetoacidosis, especialmente después de un ayuno prolongado. ⁹

Finalmente se tiene que tener en cuenta el aumento de peso en la gestante, cuyo control ha de ser necesario. El aumento medio de peso durante una gestación es de unos 10-12 kg.

Con la información estudiada y la observación desde la experiencia, describimos a continuación el caso de enfermería relacionado.

4. OBJETIVOS

El objetivo general del trabajo es proponer un plan de cuidados dirigido a embarazadas adolescentes en el contexto socio-sanitario español.

Como objetivos específicos:

- Conocer las características de las mujeres embarazadas adolescentes.
- Identificar estudios clave en la literatura reciente relacionados.

5. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo basado en datos de registro donde se propone un plan de cuidados a realizar desde la atención primaria de salud, con seguimiento en los tramos de atención hospitalaria requeridos por la mujer que incluye cuidados a la madre y al recién nacido.

5.1. Criterios de inclusión

Fueron revisados estudios relacionados con la gestación en adolescentes, la adolescencia, los cuidados de enfermería, la actitud frente a la salud y los servicios de salud materna. A su vez se hizo una selección más específica por idioma, en este caso español, inglés y portugués, además de por la fecha de publicación, entre 2014 y 2019.

5.2. Fuentes

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos “MEDLINE”, “LILACS”, “BDENF”, “IBECS”, “CUMED” y “BINACIS” a las que se accedió desde la Biblioteca Virtual en Salud.

5.3. Estrategia de búsqueda

Para la revisión de la literatura se utilizó una combinación de las palabras clave; Teen pregnancy; Care; Nursing care. También se utilizaron filtros para delimitar el rango de año de publicación. Se seleccionaron los artículos que tuviesen las palabras clave nombradas anteriormente en el título, resumen y asunto.

En una primera búsqueda se utilizaron las palabras clave “Teen pregnancy” AND “Nursing care” dando lugar a un total de 1.730 resultados. Se realizó a continuación una búsqueda más específica: texto completo disponible, bases de datos de interés (nombradas

anteriormente), asunto principal; embarazo en adolescencia, atención prenatal, enfermería obstétrica y atención de enfermería.

Los límites utilizados fueron: humano, adolescente, femenino y embarazo. También se filtró la búsqueda por tipo de documento, en este caso, artículos. El asunto de la revista de publicación fue: enfermería, obstetricia, ginecología y salud de la mujer. Tras dicha búsqueda se logró reducir el número de resultados a 28.

En una segunda búsqueda se utilizaron las palabras clave “Teen pregnancy” AND “Care” dando lugar a un total de 21.685 resultados. Tras una búsqueda más específica: texto completo disponible, bases de datos de interés (nombradas anteriormente), asunto principal: embarazo en adolescencia. Límites: adolescente y embarazo. Tipo de documento, artículo. Asunto de la revista: enfermería y obstetricia. Se obtuvo un número de 54 resultados.

Se revisaron los artículos de ambas búsquedas y se seleccionaron aquellos que proporcionaban información relevante sobre el proceso de gestación adolescente incluyendo los cuidados de enfermería, experiencias de madres adolescentes, apoyo social y emocional y la gran importancia de la función de enfermería en este tipo de casos.

Para proponer el plan de cuidados, se revisaron las guías para la práctica clínica y protocolos incluidos en la Biblioteca virtual del Sistema de Salud de Andalucía, así como las guías consultadas en la Biblioteca de Guías de Práctica clínica del Sistema Nacional de Salud.

6. RESULTADOS

6.1. Artículos seleccionados

Tabla nº5: Selección de artículos

Palabras clave	Bases de datos	Título del artículo	Año de publicación
Teen pregnancy AND nursing care	LILACS	Cuidados de enfermería prestados a la parturienta adolescente a luz de la teoría de Wanda Horta	2017

	LILACS	Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima	2014
	MEDLINE	An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy: implications for nursing care.	2014
	LILACS/ BDENF	Apoyo social en la perspectiva de la puérpera adolescente	2017
	LILACS	Expectativas de adolescentes embarazadas para el futuro	2014
Teen pregnancy AND care	LILACS/ BDENF	Perfil Social y Obstétrico de Gestantes Adolescentes	2017
	LILACS	Perceptions of pregnancy in pregnant adolescents	2015
	BDENF	El embarazo en adolescentes: perfil de las adolescentes embarazadas y madres en una unidad básica salud	2017

6.2. Plan de Cuidados

6.2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 16 años que acude a la consulta obstétrica de su centro de atención primaria con su pareja tras la realización de un test de embarazo con resultado positivo.

Afirman haber mantenido relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos. Colaboradora a la hora de explicar la situación en la que se encuentra. El embarazo no era algo buscado, pero tienen claro seguir con la gestación.

6.2.2. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados se estructurará a través de las visitas correspondientes de la paciente a la consulta de la matrona de su Centro de Salud de Atención Primaria. Para la planificación de las consultas y el seguimiento del embarazo se ha consultado el Manual para Profesionales Sanitarios en la Comunidad Valenciana ¹⁰ y la Guía de práctica clínica en el SNS de atención en el embarazo y puerperio ¹¹.

6.2.2.1. Primer trimestre:

Durante el primer trimestre de gestación; entre la semana 1 y 12, se realizarán dos consultas en atención primaria y una en atención especializada:

En la primera consulta en atención primaria se realizará la Apertura de la Historia de Salud (HSAP) si no la tiene, y se entregará la Cartilla Maternal, al mismo tiempo se preguntarán y registrarán todos los datos de la paciente mediante una entrevista.

- Antecedentes familiares: No enfermedades crónicas ni infectocontagiosas, no enfermedades hereditarias ni cromosomopatías.
 - Antecedentes personales: Registro de vacunas completo y actualizado, no intervenciones quirúrgicas anteriores. No alergias ni consumo tóxico de fármacos. No existen riesgos profesionales. En relación a los hábitos tóxicos la paciente afirma que es fumadora, además de beber cuando sale de fiesta con su grupo de amigos. Grupo sanguíneo B, Rh negativo.
 - Antecedentes obstétrico-ginecológicos: Menarquia: 11 años; Fórmula menstrual (FM): 4/28; Fórmula obstétrica: G0 P0 A0
 - Gestación actual: Fecha de la Última Menstruación (FUM): 17/05/2017; Edad gestacional: 7 semanas; Fecha Probable de Parto (FPP): 21/02/2018
 - Exploración física:
 - 1) General: 55 kg, 1.61 cm, normotensa, no edemas, tiras reactivas de orina.
 - 2) Exploración obstétrica: Perímetro abdominal
- Pruebas complementarias: análisis de orina, bioquímica, hemograma, serología y confirmación de grupo sanguíneo y Rh.
- Situación actual y contexto: La paciente cursa 4º ESO en el instituto. Refiere preocupación por sus estudios y sus amistades con la evolución del embarazo. No

quiere dejar de asistir a las clases. Actualmente vive con su madre. La paciente afirma que cuenta con la ayuda de su pareja en lo que precise y él lo corrobora.

Con todos los datos obtenidos se clasificará a la paciente según su riesgo obstétrico, en este caso es riesgo medio o 1, ya que fuma habitualmente y es Rh negativo.

Por otra parte, se deberá realizar la valoración de enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson con sus 14 necesidades, incluyendo las escalas de valoración específicas para el caso de la paciente, para ello se utilizará el manual de cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente del Servicio Andaluz de Salud ²⁰:

- Test de Fagerström - Dependencia de la nicotina: la paciente asegura ser fumadora habitual, es importante realizar esta escala para poder conocer su grado de dependencia.
- Test de Richmond – Test de motivación para dejar de fumar: es importante conocer la motivación que presenta la paciente para dejar el hábito tabáquico, ya que fumar durante la gestación aumenta el riesgo materno-fetal.
- Escala de Goldberg – Cribado ansiedad/depresión: la gestación es un proceso en el que se producen cambios a nivel físico y emocional, como ya se ha dicho anteriormente la adolescencia se caracteriza por ser la etapa de transición entre la niñez y adultez, por lo que un embarazo adolescente presenta un mayor riesgo de inestabilidad emocional, afectando directamente a la salud de la madre e hijo.
- Cuestionario de Apgar familiar – Percepción de la función familiar: es importante conocer la relación familiar de la paciente, esto nos ayudará a entender y comprender el contexto en el que se desenvuelve y de esta forma poder cubrir sus necesidades.
- Cuestionario Duke – UNK – Apoyo social percibido o funcional: el apoyo en un embarazo adolescente es uno de los puntos clave en la buena evolución del mismo, es necesario conocer la percepción que tiene la paciente sobre el apoyo que recibe a nivel familiar, de amigos, de pareja etc.
- Escala de valoración sociofamiliar – Riesgo social: esta escala se utilizará en el caso en el que se perciba que la paciente puede encontrarse dentro de un entorno social problemático y desfavorable, puesto que los riesgos a presentar alteraciones durante la gestación son mayores.

Para la realización de las escalas se aconseja no leer el documento, simplemente conversar de una forma normal con la paciente y realizar preguntas mediante las cuales se obtenga la información necesaria para poder puntuar la escala.

Dado que la información aportada en la primera consulta es mucha y muy densa, se recomienda dividirla en dos días distintos, dedicado el segundo día exclusivamente para conocer a la paciente de una forma más completa. Siempre y cuando ella esté dispuesta.

Tras la valoración se determinarán unos diagnósticos principales, juntos con sus objetivos y las actividades de enfermería para cada uno de ellos. No se hará uso de taxonomías, lo que se pretende es utilizar un lenguaje sencillo y comprensible a todos los lectores:

Tabla n°6: Planificación de cuidados: gestación.

Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Alteración de los procesos familiares relacionado con el embarazo adolescente, la presencia de un nuevo miembro en la familia y los cambios de rol que esto supone.	Lograr una buena adaptación familiar a la nueva situación.	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa con la paciente, familia y pareja - Crear un clima de confianza y respeto entre profesional, familia y paciente - Prestar ayuda siempre y cuando sea posible
Conocimientos deficientes sobre el proceso de gestación: visitas, pruebas, síntomas, alimentación, lactancia, parto y puerperio.	Conocer todo lo relacionado con el proceso de maternidad y sus implicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar información relevante y necesaria sobre el proceso de gestación. - Verificar el entendimiento de la paciente. - Responder las dudas que presente la paciente. - Utilizar un lenguaje adaptado a su edad y capacidad de entendimiento

Disposición para mejorar el proceso de maternidad con la ayuda de los profesionales sanitarios mediante la obtención de información teórica y práctica.	Impulsar y ayudar a la paciente para lograr un buen proceso de maternidad	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Utilizar un modelo interdisciplinar. - Brindar el apoyo emocional necesario. - Animar a la paciente a asistir a talleres teóricos y prácticos sobre la educación maternal.
Hábitos tóxicos relacionados con consumo tabáquico	Eliminar hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar a la paciente de los riesgos que supone fumar durante la gestación, a nivel materno-fetal. - Proponer asistencia a grupos de apoyo para dejar de consumir.
Riesgo social debido al contexto social de la paciente: zona en la que vive conflictiva, ingresos familiares mínimos y pocos recursos.	Evitar que se transforme en diagnóstico potencial	<ul style="list-style-type: none"> - Educación en la salud de la madre y el niño. - Educación en la salud sobre hábitos tóxicos. - Si es necesario, buscar ayuda en otros profesionales a nivel social.
Riesgo de ansiedad relacionado con el pensamiento de deserción escolar y pérdida de amistades.	Evitar que se transforme en diagnóstico potencial	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Charlas conjuntas con familiares y/o amigos. Siempre de forma voluntaria y desde el respeto. Sin juicios de valor.
Riesgo de deserción escolar debido al periodo de gestación y sus dificultades.	Evitar que se transforme en diagnóstico potencial	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a la paciente en todo momento para seguir con los estudios de secundaria, siempre y cuando no suponga un riesgo para la gestación.

Finalmente se realizará la prescripción de cuidados de enfermería ¹⁰:

- Uso de sal común en las comidas para evitar el déficit de yodo.
- Se aconseja la administración de ácido fólico durante el primer trimestre de gestación para prevenir los defectos del tubo neural. Dosis diaria según prescripción médica (0,4mg vía oral).
- Alimentación saludable y equilibrada. 300-400 kcal/día más de lo habitual.
- Control del peso semanal: oscilación entre 10 y 12 kg, (<5kg y >15 kg es patológico).
- Suprimir el tabaco, alcohol y drogas durante la gestación.
- Evitar radiaciones y medicamentos sin consultar con los profesionales sanitarios.
- Evitar deportes de riesgo. Se aconsejan paseos diarios y natación.
- Aumentar las horas de sueño y descanso (8-9h)
- A la hora de la higiene corporal es preferible la ducha al baño.
- Utilizar ropa cómoda y zapatos con buena sujeción para evitar caídas.
- Viajes permitidos, siempre y cuando no supongan un cansancio excesivo o actividades físicas de riesgo.
- Debe consultar con un profesional ante la presencia de vómitos repetidos o intensos, desmayos o mareos, orina escasa o molestias, dolor abdominal, calambres o contracciones, dolor de cabeza intenso o permanente, secreción acuosa vaginal, hemorragia vaginal, hinchazón o dolor en zona varicosa y ausencia o disminución de movimientos fetales.

En este primer encuentro entre el profesional sanitario y la paciente es esencial la escucha activa y de este modo conocer la situación de la adolescente en relación a sus miedos y reocupaciones, estado de ánimo, apoyo percibido y contexto social en el que se encuentra.

Diversos estudios aseguran que las gestaciones adolescentes tienen mayor predominio en contextos sociales desfavorables y zonas de ingresos bajos, del mismo modo las cifras de deserción escolar en casos de embarazos adolescentes son elevadas, tanto en la gestación como en el puerperio ^{17, 19}. Esta situación se debe en su mayor parte a una falta de apoyo por el entorno social en el que se encuentra; relaciones familiares, con su pareja y sus compañeros, incluso por falta de apoyo y entendimiento por parte de la institución escolar ¹⁵, ya que existen estereotipos negativos y juicios de valor.

Que se produzca la deserción escolar no quiere decir que las gestantes no deseen seguir estudiando, al contrario, las madres adolescentes tienen sueños y planes de futuro, planes para estudiar o trabajar, todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida de su hijo para que tenga un futuro prometedor y con un mayor número de oportunidades para desarrollar sus capacidades ¹⁶.

Un punto clave en este caso será apoyar la idea que presenta la paciente en relación a continuar con los estudios secundarios. Se debe de fortalecer ese pensamiento y animar a la gestante a seguir adelante siempre que sea posible y no suponga ningún riesgo en la gestación. El apoyo brindado ha de realizarse tanto desde terreno profesional como familiar.

Las relaciones entre adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse con la noticia de un embarazo ¹³. Esta situación puede ser determinante para finalizar la gestación.

Existen varias condiciones y situaciones que llevan a las adolescentes a terminar el embarazo y se deben tener en cuenta: la mayor parte de las adolescentes opina que están en la mejor etapa de la vida y no quieren comprometerse a tener un hijo, otro gran grupo considera que un embarazo a esas edades altera sus estudios y planes de futuro, del mismo modo son conscientes del gran gasto que supone para sus familias mantenerlas a ellas y a sus hijos (la mayoría viven en casa con sus padres), no quieren sentirse una carga familiar. Otro gran grupo se deja influir por los comentarios de su entorno social y las opiniones que se forman sobre ellas, se sienten culpables ante la situación y finalmente existen adolescentes que se ven obligadas a terminar el embarazo por orden familiar y en su contra. ¹⁴

Finalmente, es importante saber que las consultas prenatales son la base para el buen manejo y soporte emocional, físico y psicológico de las gestantes adolescentes. Se ha observado que en este espacio es donde las adolescentes se encuentran más seguras consigo mismas y con mayor confianza para seguir con un embarazo natural y calmado. Además, muestran interés en asistir a las consultas, ya que se trata de una experiencia nueva e innovadora en la que pueden buscar ayuda y apoyo en un profesional que se preocupa por su salud y la de su hijo. ¹⁸

En la segunda consulta en atención primaria se analizará:

- Riesgo obstétrico
- Peso, tensión arterial, presencia de edemas y tiras reactivas de orina.
- Altura uterina y perímetro abdominal

Se deberá de realizar una valoración de enfermería al igual que en la 1ª visita, incidiendo en tres puntos clave: hábito tabáquico, deserción escolar y apoyo social percibido, además de revisar los diagnósticos establecidos y modificar cualquier actividad que no esté siendo eficaz.

En este punto es importante la educación sanitaria grupal, es decir, a la paciente, amigos y familiares. El entorno social de la paciente ha de conocer la situación en la que se encuentra y los riesgos a los que está expuesta, además de la importancia de proporcionarle apoyo en todo momento para evitar problemas de salud durante el proceso de gestación.

La prescripción de enfermería será la misma que en la 1ª consulta, incluyendo una cita en atención especializada para la realización de la primera ecografía (semana 12).

6.2.2.2.Segundo trimestre

Durante el segundo trimestre de gestación; entre la semana 13 y 26, se realizarán 2 consultas en atención primaria y una en atención especializada.

En la primera consulta en atención primaria, la paciente ya habrá asistido a la consulta de atención especializada, donde se le realiza una valoración de los resultados de las exploraciones y el riesgo obstétrico, además de una ecografía para confirmar la fecha exacta de edad gestacional y de esta forma poder determinar la fecha probable de parto (FPP). Del mismo modo se le informa a la paciente sobre el número de embriones, sacos gestacionales, longitud cefalocaudal y si existe o no actividad cardiaca.¹⁰

Como en las consultas anteriores se deberán de controlar determinados parámetros:

- Valoración del riesgo obstétrico
- Peso, tensión arterial, presencia de edemas y tiras reactivas de orina.
- Altura uterina, perímetro abdominal, frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales.

- Urinocultivo para descartar bacteriuria asintomática.

Se pedirá cita para consulta especializada y realizar la 2ª ecografía (semana 20), cuya finalidad es el estudio morfológico del feto y el diagnóstico de anomalías congénitas.

En la segunda consulta de atención primaria la paciente dispondrá de los resultados de segunda ecografía, los cuales se comentarán con ella y se responderá a todas las dudas que tenga al respecto.

La revisión de parámetros y valoración de riesgo se debe realizar al igual que en la primera consulta del 2º trimestre. Lo que se destaca en esta revisión es la importancia de la realización de dos pruebas determinantes:

- Detección de anticuerpos irregulares; si recordamos la paciente presentaba un Rh negativo, con esta prueba complementaria se confirmará el resultado obtenido en la primera prueba. Si ambos resultados coinciden se deberán de tomar medidas para favorecer la compatibilidad materno-fetal en el tercer trimestre.
- Realización del test O' Sullivan: cribado de diabetes gestacional. Se realiza a todas las gestantes no diabéticas en la semana 24-28 de gestación. Si se diagnostica diabetes gestacional se derivará a control por un especialista.

Prescripción de enfermería:

Las indicaciones y cuidados del primer trimestre se aplicarán del mismo modo durante el segundo trimestre, excepto algunos cambios realizados:

- Suspensión de prescripción de ácido fólico.
- Inicio de prescripción de suplemento férreo, dosis pautada por médico (30 mg diarios vía oral).

Se recomienda volver a realizar algunas de las escalas de valoración utilizadas en la primera consulta de gestación:

- Test de Richmond – Test de motivación para dejar de fumar: se realizará cuando la paciente mantenga el hábito tabáquico y muestre iniciativa para dejar de fumar. Existen
- Escala de Goldberg – Cribado ansiedad/depresión: su realización es obligatoria.
- Cuestionario de Apgar familiar – Percepción de la función familiar: se deberá de seguir el control de percepción de apoyo familiar a la paciente para un buen

control y evolución de la gestación, al igual que el apoyo del entorno social con el Cuestionario Duke – UNK – Apoyo social percibido o funcional.

En relación a los diagnósticos y actividades de enfermería, se modificarán si los resultados de las escalas de valoración difieren de los resultados iniciales. Se eliminarán o añadirán diagnósticos, al igual que planificar nuevas intervenciones individualizadas a las necesidades de la paciente.

En este segundo trimestre de embarazo, los cuidados de enfermería estarán enfocados en conocer las emociones y las percepciones que la paciente experimenta durante la gestación. Es importante ser consciente de la forma en la que la adolescente experimenta su embarazo en términos de cambios físicos y sintomatología, aceptación, relaciones sociales y apoyo, seguimiento de estudios, hábitos tóxicos, alimentación, relaciones sexuales, descanso etc.

Al igual que durante todo el primer trimestre la educación para la salud es esencial en la gestación.

6.2.2.3. Tercer trimestre

Durante el tercer trimestre de gestación; entre la semana 27 y el final del embarazo, se realizarán dos consultas en atención primaria y una en atención especializada, de ser necesario se modificará el número de consultas. Entre la semana 36 y 40 los controles pasarán a realizarse cada 15 días y entre la semana 40 y 42 se realizarán semanalmente.

En la primera consulta de atención primaria se deberán de valorar los siguientes parámetros:

- Valoración del riesgo obstétrico
- Peso, tensión arterial, presencia de edemas y tiras reactivas de orina.
- Altura uterina, perímetro abdominal, frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales.

Se administrará vía intramuscular Inmunoglobulina Anti-D 250 mcg como profilaxis de la isoimmunización. La paciente presentaba Rh negativo con anticuerpos irregulares negativos.

En la segunda consulta, también se valorarán los parámetros nombrados anteriormente. Sin embargo, se añaden pruebas complementarias: orina, bioquímica y hemograma.

Será necesaria una tercera consulta en este trimestre para la realización del cultivo para el despistaje del EGB. EL cultivo será específico del cribado del estreptococo B.

El número de consultas posteriores dependerá de la duración del embarazo de la paciente.

Durante este tercer trimestre y al igual que en los anteriores se deberá de realizar una entrevista clínica para valorar a la paciente en todos sus aspectos. De encontrar alguna alteración o cambio en la gestante se elaborarán nuevos diagnósticos y actividades de enfermería para evitar riesgos mayores en la salud de la madre y el niño.

6.2.2.4. Alumbramiento y puerperio

El alumbramiento es la fase final del embarazo y es considerada la que se vive con mayor ansiedad. Es importante que los profesionales sanitarios comprendan que la paciente es una adolescente y la forma de comunicación ha de ser adaptada a su edad.

En el ingreso de la paciente la enfermera es la responsable de entablar contacto directo con ella y saber reconocer sus necesidades, mantener escucha activa y una buena presentación es esencial. En muchas ocasiones se da por sentado que el apoyo familiar es algo necesario e importante, pero si no se conoce a la paciente y su historia familiar, será necesario averiguarlo. Existen casos de adolescentes cuyas relaciones familiares eran conflictivas y el parto ha sido una experiencia traumática para ellas debido a la falta de apoyo o gestos de rechazo provenientes de los familiares momentos previos al alumbramiento. Por ello es de vital importancia prestar atención al lenguaje no verbal tanto de la gestante como su familia.¹²

Por lo general y en situaciones familiares óptimas, el acompañamiento es un aspecto positivo en el alumbramiento y puerperio. Algunos estudios aseguran que el trabajo de parto se vuelve más complicado cuando la mujer se encuentra sola, observándose posibilidades de sensaciones de pánico, pérdida de control e incluso alteraciones en la contracción uterina.^{12, 19}

En la primera semana tras el parto, tiene lugar la visita puerperal en atención primaria, donde se realiza una exploración física a la madre y al niño (si todo ha evolucionado correctamente). Además, se han de explicar las consideraciones a tener en cuenta para su cuidado y el de su hijo. (Se recomienda que la visita sea en el domicilio de la paciente para poder valorar el entorno y las condiciones en las que vive).¹⁰

En esta visita se deberá de realizar una nueva valoración de enfermería según Virginia Henderson y sus 14 necesidades. Además de realizar escalas de valoración específicas:

- La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo ²¹: la población adolescente y vivir en un entorno social desfavorable son factores de riesgo de depresión posparto.
- EEICA - Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes: el proceso de gestación provoca una serie de grandes cambios físicos y se pierde la figura corporal que se tenía. La adolescencia es una etapa lleva de inseguridades, caracterizada por la preocupación del físico y de la imagen corporal que se tiene.
- Escala Visual Analógica: la evaluación del dolor de la adolescente y su localización es importante para controlar la buena recuperación en el puerperio.

Tras la valoración se determinarán unos diagnósticos principales, juntos con sus objetivos y las actividades de enfermería para cada uno de ellos. Como ya se dijo anteriormente, no se hará uso de taxonomías:

Tabla nº7: Planificación de cuidados: puerperio

Diagnósticos	Objetivos	Actividades
Dolor relacionado con trabajo de parto, episiotomía y subida de leche.	Controlar el dolor.	- Realizar escala EVA. - Pedir cita con el médico especialista para pautar tratamiento.
Riesgo de infección por episiotomía.	Evitar infección.	- Revisar la zona de sutura y estado de la herida. - Realizar cura si es necesaria en atención primaria.

Riesgo de lactancia materna ineficaz por falta de conocimientos.	Conseguir una lactancia materna eficaz o presentarle alternativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar posiciones y técnicas que favorezcan la subida de leche. - Enseñar posiciones y técnicas que mejoren la técnica de lactancia y el agarre al pezón. - Mostrar otras opciones artificiales para la extracción de leche materna si la natural es inviable.
Disposición para mejorar conocimientos materno-infantiles.		<ul style="list-style-type: none"> - Animar a la paciente a preguntar cuestiones y a aprender nuevos conceptos y técnicas en relación a cuidados maternos y del niño. - Animar a la paciente a asistir a talleres teóricos y prácticos sobre la educación materno-infantil

Durante el puerperio la madre adolescente tiene una gran cantidad de preguntas sobre su salud, la de su hijo, la lactancia materna y la recuperación física. Es necesario dedicar una sesión para resolver y responder las dudas que presentan, tanto ella como su familia y pareja.

Por otra parte, será necesaria la prescripción enfermera en relación a los cuidados maternos y del niño:

- Cuidados al niño: ²²
 - Lactancia materna a demanda.
 - Temperatura ambiente entre 22 y 25°C.

- Ropa adecuada: tejidos no irritantes y suaves para la piel. Se deberá de utilizar una capa más de ropa a la que lleven los adultos en función de la temperatura que exista en el ambiente.
 - Ambiente tranquilo y estable. El exceso de ruido y luz provoca su irritabilidad
 - Higiene cada dos días según las últimas recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría). Se utilizará agua templada, una esponja suave y un gel de baño neutro sin aditivos.
 - No colonias, cremas y aceites rutinariamente.
 - Cambio de pañal en presencia de deposición u orina para evitar humedad e irritación.
 - Cordón umbilical: observación diaria. Se mantendrá limpio y seco, cura diaria con suero fisiológico al 0,9% y una gasa estéril. Si se ensucia por la orina o las heces habrá que realizar el procedimiento otra vez. Ante la presencia de enrojecimiento y edema, secreción purulenta, olor pútrido o aparición de ampollas acudir a la consulta del especialista con urgencia.
- Cuidados a la madre: ¹⁰
 - Descanso y ejercicio: la madre debe adaptarse al horario que establezca su hijo con el amamantamiento a demanda.
 - Higiene diaria. Mantener las mamas en buen estado y secarlas tras el baño o ducha para evitar maceraciones
 - Alimentación equilibrada. Recuperación del peso normal a los 6 u 8 meses si se ha cuidado a nivel nutricional.
 - Esperar al inicio de relaciones sexuales al mes del parto.

6.2.2.5. Talleres de educación maternal

Durante toda la gestación y puerperio, la gestante tiene la oportunidad de asistir a sesiones teóricas y prácticas sobre el embarazo. Estos talleres crean una relación de confianza y aprendizaje entre todas las embarazadas que asisten a ellos. Son un método esencial para que aprendan unas de otras, respondan dudas y cuenten experiencias propias que les ayuden a sí mismas y al resto.

Bien es cierto que el porcentaje de adolescentes que asisten a las formaciones es bajo, por ello la importancia de insistir en la educación para la salud materno-infantil en las distintas consultas en atención primaria.

A continuación, se mostrará una tabla con las distintas sesiones:

Tabla nº8: Sesiones teóricas y prácticas en los centros de salud de la Comunidad Valenciana para la educación maternal grupal.

Teóricas	Prácticas
Charla del primer trimestre	Preparación física embarazo y parto
Paternidad y maternidad, sexualidad y embarazo	Gimnasia respiratoria y técnicas de relajación
Alimentación y hábitos higiénicos en el embarazo	
El parto	
Puerperio	
Lactancia materna	
El recién nacido	
Planificación familiar	

7. DISCUSIÓN

Tras la búsqueda exhaustiva y revisión de la literatura en las distintas bases de datos no se han encontrado descripciones de casos comparables a la presentada en este trabajo.

Los estudios revisados son de tipo descriptivo, enfocados a datos demográficos, perfiles de gestantes adolescentes y experiencias personales durante la gestación. Ninguno de ellos presentaba la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado en embarazadas adolescentes.

La mayor parte de los artículos son extranjeros debido a que el predominio de gestaciones adolescentes es mayor en otros países.

Tras la obtención de datos demográficos se puede afirmar que el numero de casos de adolescentes que se encuentran en esta situación en España es una cifra importante. Por ello la necesidad de elaborar un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes.

No se puede comparar el embarazo adulto al adolescente, los factores de riesgo para la madre y el hijo son mayores en la adolescencia.

8. CONCLUSIÓN

El propósito de este trabajo era elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades que presenta una adolescente durante la gestación y al mismo tiempo poder conocer las características propias de las gestantes adolescentes.

El embarazo adolescente es un problema que está presente en todas las partes del mundo, presentando un mayor número de casos en África Subsahariana y América Latina debido a las condiciones sociales que tienen los países. El número más alto de gestaciones en adolescentes se produce en zonas de bajos ingresos económicos.

Las gestaciones adolescentes no son iguales a las adultas. La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la presencia de cambios físicos, mentales y emocionales. Es una etapa de inestabilidad a la que se le une la presencia de un embarazo. Lo que implica madurar y centrarse en la responsabilidad de cuidar de sí mismas y de sus hijos.

Tras la realización de este trabajo se han extraído unas ideas principales en relación a la prestación de cuidados de enfermería en este tipo de gestación:

En primer lugar, la deserción escolar en las gestantes adolescentes presenta cifras muy elevadas, por lo que se deberá de insistir en el seguimiento de los estudios siempre que sea posible y no suponga un riesgo para el embarazo. Resultados en estudios han demostrado que una gran parte de madres adolescentes se arrepienten de haber dejado sus estudios para poder manejar la maternidad, un gran porcentaje de ellas los retoma tras finalizar la gestación.

En segundo lugar, la importancia de conocer el entorno social de la adolescente, ya que en estas edades el consumo de drogas y alcohol es muy elevado, además del hábito tabáquico. Para ello es esencial la escucha activa y crear un clima de confianza y respeto; no se ha de forzar a la gestante a expresar su opinión si no está por la labor. También debemos de tener en cuenta la situación social de ella y su familia, ya que si los ingresos económicos y recursos son muy bajos, las condiciones de vida supondrán un riesgo para la gestación, por lo que será necesario buscar ayuda en un profesional en este campo.

En tercer lugar, el apoyo social que presenta a nivel familiar y de amigos es determinante para el buen transcurso del embarazo. La adolescencia es una etapa en la que las preocupaciones por la opinión de los demás repercuten mucho en la salud mental de la persona, por ello tener apoyo saludable durante el embarazo disminuirá el riesgo de problemas materno-fetales. Para ello se recomienda realizar educación para la salud tanto a nivel individual como grupal, además de realizar valoraciones del estado emocional de la paciente. Esto ayudará a tener una idea clara del tipo de relación familiar y de amigos que tiene.

Finalmente, los conocimientos con los que cuenta una gestante adolescente sobre la maternidad son mínimos. Una de las labores de enfermería estará enfocada en la enseñanza a la adolescente mediante consultas individuales o asistiendo a los talleres proporcionados por el dentro de salud de atención primaria sobre la maternidad.

La elaboración de un plan de cuidados es la herramienta más útil de enfermería para ayudar a cubrir las necesidades del paciente en una determinada situación. Gracias a ella podemos establecer un proceso de cuidados enfermeros continuos y valorar sus resultados. Los planes de cuidados se suelen utilizar en su mayoría en el terreno intrahospitalario. La realización de un plan de cuidados integral a una gestante adolescente en su centro de salud es esencial para demostrar la importante función que desempeña enfermería y como su correcto uso será determinante en una buena evolución de la gestación.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Kenneth J L, Gilstrap LC. Williams OBSTETRICIA. 4th ed. Barcelona: Masson; 1996.
2. OMS | Salud del adolescente. [Accessed Feb 10, 2019]. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/. Accessed Feb 10, 2019.
3. Adolescent pregnancy. [Accessed Feb 10, 2019]. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
4. Palma G. OPS/OMS Chile - América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo | OPS/OMS. 2018. [Accessed Feb 10, 2019]. Available at:

- https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005.
5. World Bank Open Data | Datos.bancomundial.org. [Accessed Feb 12, 2019]. Available from: <https://datos.bancomundial.org/>.
 6. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica 2008;5(1).
 7. Noguera N, Alvarado Herly. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería 2012;7(7):151-160.
 8. Instituto Nacional de Estadística. [consultado el 15 febrero 2019]; Disponible en: <https://www.ine.es/>.
 9. Neville F, George J. Fundamentos de ginecología e obstetrícia. 2nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
 10. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana. [Valencia]: Conselleria de Sanitat; 2002.
 11. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
 12. Rodrigues S, Marques de Olivera J, Aylla A, Comassetto I, Kyvia G, da Silva DC. Cuidados de enfermería prestados a la parturienta adolescente a luz da teoría de Wanda Horta. Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental 2017;9(3):857-866.
 13. Aguilar S, Zaguma S, García M, Meléndez R. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Rev. enferm. hereditaria 2014;7(2):162-169.
 14. Bell ER, Glover L, Alexander T. An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy: implications for nursing care. Journal of Clinical Nursing 2014;23(17-18):2503-2514.
 15. Cremonese L, Antunes L, Alende L, Cardoso C, Dutra G, Ressel LB. Apoyo social en la perspectiva de la puérpera adolescente. Escola Anna Nery 2017;21(4).

16. Carbonell C, Malavolta C, Cremonese L, Antunes L, Neumaier C, Ressel LB. Expectativas de adolescentes gestantes para el futuro. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online* 2014 Abr;6(2):759.
17. Tainara G, Bigio F, Simões AC, Hidemi C, Takeda E, Guimarães G. Perfil Social y Obstétrico de Gestantes Adolescentes. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2017 Abr-Jun;16(2).
18. de Farias AC, Santos V, Silva L, Abrantes C, Nascimento M, Djair M. Perceptions of pregnancy in pregnant adolescents. *Revista de Pesquisa : Cuidado é Fundamental Online* 2015 Apr;7(2):2526-2536.
19. Freitas R, da Silva IK, Araújo A, Rodrigues BdA. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes e mães adolescentes em uma unidade básica de saúde. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2017 Jul;7.
20. López S, Lacida M, Rodríguez S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2004.
21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press; 1987;150(6):782–6.
22. Bustos G. Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad. Comunidad de Madrid. Hospital Universitario 12 de Octubre; 2007.